DES SIGNES

N° 197.

QUE FOURNISSENT

LA PERCUSSION ET L'AUSCULTATION

DANS LES PRINCIPALES MALADIES DU POUMON;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 juillet 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR FÉLIX-FERDINAND DÉNIAU, né à Savigny-sur-Braie, Département de Loir-et-Cher;

Élève des hôpitaux et hospices civils de Paris et de la première classe de l'École pratique.

« Antequam de remediis statuatur, primùm constare oportet, « qui morbus, et quæ morbi causa: alioquin inutilis opera, inutile « omne consilium. » BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, Examinateur.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Patholohie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, Suppleant.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD.
	CHOMEL, Président.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX, Examinateur.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur, Examinateur.
Brongniart, Suppléant.	Martin Solon, Examinateur.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage d'attachement.

A MONSIEUR **ORFILA**,

Chevalier de la Légion-d'Honneur; Doyen de la Faculté de médecine de Paris; Professeur de chimie à la même Faculté; Membre titulaire de l'Académie royale de médecine et du conseil général des hôpitaux, etc., etc.

Hommage de respect et de ma vive reconnaissance.

F.-F. DÉNIAU.

AVANT-PROPOS.

En choisissant pour sujet de thèse la percussion et l'auscultation appliquées au diagnostic des maladies des organes respiratoires, je n'ai eu pour but que d'étudier, pour mon instruction particulière, d'une manière plus approfondie un sujet d'une si haute importance pour la pratique.

En considérant les organes sur lesquels repose la vie, on voit que le poumon, par sa texture délicate, ses rapports immédiats avec certains agens extérieurs, est le plus susceptible de contracter des maladies graves ou mortelles; c'est, en effet, celui qui est le plus souvent affecté, car un tiers peut-être de la population des grandes villes de la France succombe à des altérations de l'appareil de la respiration.

C'est surtout chez les enfans âgés de moins de dix ans que l'inflammation aiguë des poumons est fréquente, difficile à reconnaître, et souvent funeste; chez eux, elle se montre quelquefois accompagnée de symptômes cérébraux qui font croire à une inflammation du cerveau; cette dernière, si commune autrefois, est en quelque sorte rare pour M. *Guersent*, depuis qu'il a vu mourir un si grand nombre de ses petits malades présentant des phénomènes nerveux en même temps qu'une pneumonie plus ou moins étendue qui était confirmée par l'autopsie.

La fièvre adynamique de *Pinel*, chez les vieillards, est aussi beaucoup moins fréquente. Pendant une année que je suis resté à la Salpêtrière, je ne l'ai pas vue une seule fois; toutes les malades qui présentaient des symptômes que l'on aurait pu rapporter à cette affection avaient des pneumonies.

Que de maladies aiguës se compliquent de péripneumonie qui ne s'annonce par aucun signe! Ce n'est que lorsqu'elle a acquis une intensité plus grande que la maladie primitive, qu'on la reconnaît, et elle est alors souvent au-dessus des ressources de l'art. Le médecin qui n'a pas l'habitude de la percussion et de l'auscultation peut très-bien y être trompé; elle n'est ordinairement accompagnée d'aucun crachat sanguinolent, et le malade n'accuse que rarement de la douleur. C'est principalement à ce genre de pneumonie qu'est applicable la remarque des anciens, qui disaient en parlant de cette affection : *Affert plus periculi quàm doloris.* De là la nécessité d'examiner chaque jour la cavité thoracique dans les maladies graves. Mais si, avant les travaux d'*Avenbrugger* sur la percussion, ceux de *Laennec* sur l'auscultation, *Baglivi* a pu dire : « Les maladies de poitrine sont « celles des maladies internes qui sont les plus difficiles à reconnaître, » nous sommes presqu'en droit aujourd'hui de les regarder comme étant les plus faciles à diagnostiquer.

Je n'ai pas vu mourir à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. le professeur *Chomel*, pendant dix-huit mois que j'ai été son élève, un seul malade d'une affection du poumon qui ait été méconnue ; chez tous, ces modes d'exploration qu'il pratique avec tant de précision, lui ont permis de porter un prognostic certain sur la marche et l'issue bable de la maladie. Je ne puis m'empêcher de témoigner ma reconnaissance à ce savant professeur, pour la bienveillance qu'il m'a témoignée pendant que j'ai été attaché à son service, et de rendre hommage à son talent, aussi élevé que consciencieux, qui rend ses leçons si précieuses pour les élèves.

Cependant, quelquefois une maladie subsistante peut échapper à ces moyens d'investigation ; mais comme les signes qu'ils fournissent se rencontrent dans le plus grand nombre des cas, et que la rigueur à laquelle on est arrivé depuis peu dans le diagnostic des maladies du poumon, est basée sur leur existence, je les ai résumés pour chaque maladie.

DES SIGNES

QUE FOURNISSENT

LA PERCUSSION ET L'AUSCULTATION

DANS LES PRINCIPALES MALADIES DU POUMON.

Deux méthodes, la percussion et l'auscultation, sont employées pour arriver au diagnostic des maladies du poumon.

La percussion immédiate, mise en pratique, pour la première fois, au milieu du siècle dernier, par *Avenbrugger*, a été perfectionnée par *Corvisart*, et, dans ces derniers temps, par M. *Piorry*, qui a démontré que la percussion médiate fournissait des résultats plus sensibles, que son emploi était plus général et plus facile. Cette méthode nous indique la sensation plus ou moins marquée du plein ou du vide dans la cavité thoracique.

L'auscultation pratiquée par *Hippocrate*, et depuis par quelques médecins, n'avait offert que peu de résultats avantageux: aussi avait-elle été complètement abandonnée, quand *Laennec*, il y a quinze ans, la tira de l'oubli, et la porta dans peu de temps à un degré voisin de la perfection, par ses immortelles recherches; elle indique au médecin exercé le siége, l'étendue, le passage successif de la maladie à ses différens degrés.

Pneumonie.

L'état inflammatoire du parenchyme pulmonaire se présente sous trois degrés principaux faciles à reconnaître, que *Laennec* à désignés sous les noms d'*engouement*, d'*hépatisation*, d'*infiltration purulente* ou d'*hépatisation grise.*

Percussion. Dans le premier degré, les parois thoraciques percutées donnent le plus ordinairement un son clair; du premier au deuxième degré la résonnance devient obscure, et enfin, à la seconde et à la troisième période, la matité est complète. Si l'hépatisation n'occupait qu'un petit espace, et qu'elle fût profondément située, la sonoréité ne serait pas altérée, même au troisième degré.

Lorsque la pneumonie marche vers la résolution, la résonnance reparaît par gradations croissantes.

Auscultation. L'oreille nue ou armée du stéthoscope, appliquée sur la poitrine, perçoit un râle sec, fin, nombreux, signe pathognomonique de l'inflammation du poumon; râle que *Laennèc* a nommé *crépitant*, à cause de sa ressemblance avec le bruit du sel qui décrépite sur le feu; il ressemble bien encore à celui que produit le poumon d'un cadavre qu'on presse entre les doigts: d'après M. *Andral*, il se passerait dans les bronches les plus ténues et dans les vésicules pulmonaires: aussi l'a-t-il nommé plus rigoureusement râle vésiculaire. Dans les premiers momens, il est mêlé au murmure naturel de la respiration, qu'il ne masque pas complètement.

Lorsque l'inflammation fait des progrès, celui-ci disparaît; un râle crépitant plus fort, plus humide, annonce le passage de la pneumonie du premier au deuxième degré; alors cette respiration rare et modifiée se supprime; appliquant l'oreille sur la poitrine, on sent à chaque inspiration les parois se dilater; presque toujours la respiration devient soufflante au lieu d'être expansive; il semble que quel-

qu'un vous souffle dans l'oreille à travers un tube (c'est le souffle tubaire, la respiration bronchique). Elle peut présenter plusieurs nuances qui donnent une idée de la grandeur des bronches où se produit ce phénomène.

Si la pneumonie rétrograde, la respiration bronchique disparaît; en même temps que les petites bronches, les vésicules pulmonaires deviennent perméables à l'air; le râle reparaît, mais avec des caractères différens; il est plus gros, plus humide, moins nombreux: c'est le râle sous-crépitant, le râle de retour (*runcus crepitans redux*, LAENNEC). Il fait bientôt place au bruit respiratoire normal; cependant il persiste quelquefois long-temps encore après que tout l'appareil des symptômes de la pneumonie a disparu.

Au troisième degré, un râle muqueux occasioné par le pus et les mucosités accumulées dans les bronches, vient s'ajouter aux phénomènes de l'hépatisation rouge. S'il se forme des foyers purulens, *Laennec* leur assigne les caractères suivans : râle muqueux très-gros, gargouillement, pectoriloquie, souffle simple quand les parois ont quelque épaisseur, souffle voilé quand elles sont molles dans quelques points.

L'expansion augmente souvent d'énergie dans la portion restée saine; elle devient semblable à celle des enfans : de là le nom de *respiration puérile*. Lorsqu'on rencontre cette force extraordinaire du bruit respiratoire dans une étendue limitée du poumon, on doit soupçonner une lésion de l'appareil respiratoire.

La voix n'offre rien de particulier au premier degré : ce n'est que lorsque l'hépatisation commence qu'elle parvient à l'oreille, après avoir subi des modifications; elle est retentissante dans toute la portion affectée; plus tard, quand l'hépatisation est complète, elle éprouve un changement plus notable dans les bronches : c'est la bronchophonie morbide; elle accompagne presque toujours la respiration bronchique.

La toux, généralement précédée ou suivie d'une inspiration forte, fait pénétrer l'air dans les petites bronches et les vésicules perméables; elle est d'un grand secours pour distinguer les péripneumonies

à leur début quand l'expansion ne se fait pas. Lorsque la pneumonie a atteint le second degré, que la respiration bronchique et la bronchophonie sont les seuls phénomènes que l'oreille recueille, dans ces cas, on peut hésiter entre un épanchement pleurétique et une pneumonie; s'il existe quelques portions du poumon qui n'ont pas dépassé le degré d'engouement, l'air peut y parvenir, et le phénomène de la crépitation se produire en même temps que la toux tubaire.

Chez les enfans, différentes circonstances, telles que des variétés dans le siége et la forme de la pneumonie, rendent difficiles à saisir les signes fournis par la percussion et l'auscultation. Au premier degré, la poitrine percutée n'indique aucune diminution de la sonoréité; et rarement, quand il y a hépatisation, la matité est bien prononcée; le râle crépitant s'entend dans l'engouement avec les modifications qu'il présente aux autres âges; mais il persiste plus longtemps, la pneumonie ne passant que difficilement au deuxième degré, qu'on reconnaît à la respiration bronchique et à la bronchophonie.

Chez les vieillards, sa marche est rapide; souvent un râle muqueux très-fort masque la crépitation, qui peut ne pas se produire; les autres phénomènes sont les mêmes que chez l'adulte.

Pleurésie.

La membrane séreuse qui tapisse le poumon et les parois de la poitrine ne peut s'enflammer sans que le liquide qu'elle exhale ne subisse des modifications, soit dans sa nature, soit dans sa quantité. La percussion et l'auscultation donnent des résultats variables, selon l'intensité, le siége et la durée de la maladie.

Percussion. Lorsque la pleurésie est légère et sans épanchement, elle n'indique aucune diminution dans la sonoréité de la poitrine; si la douleur est très-vive, on doit renoncer à ce mode d'exploration, qui, dans cette circonstance, donnerait une résonnance moindre. Aussitôt que l'épanchement se forme, il occupe le point le plus déclive de la poitrine; en cet endroit, le son est plus sourd; et si la

quantité du liquide augmente, il devient mat; quelquefois il se présente tel, bien que la collection soit peu considérable.

Les positions que l'on donne au malade lorsqu'il n'existe pas d'adhérences, peuvent quelquefois faire changer le liquide de place, et le son devient clair dans le point d'où l'épanchement a disparu.

Dans les collections abondantes de liquides, la matité est complète et fixe; il y a défaut absolu de vibrations des parois thoraciques.

Dans les pleurésies circonscrites, profondément situées, la percussion n'indique rien; il en est de même si l'épanchement est double et peu considérable : la diminution de la sonoréité, égale à droite et à gauche, empêche de saisir les nuances quelquefois peu appréciables entre une légère matité et une sonoréité obscure.

Lorsque la maladie marche vers la guérison, la résonnance de la poitrine devient de plus en plus claire; à mesure que l'épanchement se résorbe, elle revient à son état primitif s'il a été peu considérable et de peu de durée, tandis qu'elle reste obscure après les vastes épanchemens qui ont duré long-temps.

Auscultation. Quand la pleurésie aiguë est très-légère, qu'elle existe sans épanchement, qu'elle est sèche, comme le dit M. *Andral,* il n'y a qu'une légère diminution du bruit respiratoire; mais si elle est accompagnée d'une très-forte douleur, la diminution du bruit respiratoire devient plus manifeste dans le côté affecté que dans le côté sain, où il a perdu aussi de son intensité.

Le plus souvent, au bout d'un temps variable, il se forme une exhalation de sérosité; dès-lors le murmure de la respiration diminue d'intensité à mesure que l'épanchement a lieu.

Il y a presque toujours, dans ces différentes formes de pleurésie, production d'un bruit désigné par M. *Reynaud* sous le nom de *frottement*, que M. *Chomel* appelle aussi *bruit de taffetas*, à cause de sa ressemblance avec celui que produit cette étoffe froissée entre les doigts.

Lorsque l'épanchement est abondant, la respiration disparaît tout

à fait, le souffle tubaire la remplace souvent. Les râles produits par les mucosités accumulées dans les bronches, par un catarrhe concomitant, parviennent bien à l'oreille à travers la collection de liquide située entre les parois thoraciques et le poumon; celle-ci, toutefois, peut augmenter encore et devenir assez forte pour qu'on n'entende plus aucun bruit, si ce n'est vers la racine du poumon.

Ces divers épanchemens peuvent durer plus ou moins long-temps; la résorption est en général d'autant plus rapide qu'ils sont moins considérables et qu'ils ont marché plus vite vers la guérison; et les phénomènes qui indiquent cette dernière se montrent plus promptement et avec plus de force. L'apparition du souffle tubaire, qui n'existait pas quand l'épanchement était très-abondant, doit être considérée comme le premier indice de sa diminution; viennent ensuite successivement le bruit de frottement, le murmure respiratoire, d'abord faible et lointain, puis plus rapproché et plus fort; il se montre d'abord où il avait disparu en dernier lieu : le long du rachis, puis au sommet de la poitrine, etc. Dans les cas graves, le bruit respiratoire reste faible long-temps (plusieurs mois) dans le côté qui a été le siége de l'affection.

La respiration devient communément puérile du côté sain; il arrive même qu'elle se transmet dans toute l'étendue du côté affecté. *Laennec* a vu un cas où un épanchement aériforme n'a pas empêché cette transmission.

La pleurésie chronique est quelquefois primitive; mais le plus souvent elle succède à l'inflammation aiguë, dont elle n'est que la prolongation. Les signes stéthoscopiques diffèrent peu de ceux de la pleurésie aiguë; cependant ils sont ordinairement plus tranchés, le son est complètement mat, l'oreille ne perçoit aucun bruit, excepté le long du rachis, où la respiration ne disparaît jamais complètement, selon *Laennec*. Les signes qui indiquent la résorption du liquide n'existent pas; le poumon peut avoir perdu tout à fait sa perméabilité, ou bien le bruit respiratoire y reparaître faible et comme lointain.

Certaines pleurésies offrent un épanchement abondant dès les pre-

miers instans de leur apparition ; la respiration disparaît en quelque sorte brusquement dans toute l'étendue du côté affecté.

Dans certains cas, rares à la vérité, le poumon, au lieu d'être refoulé vers la colonne vertébrale, peut être poussé vers d'autres points, une partie être maintenue aux côtes par d'anciennes adhérences, et la respiration s'entendre où elle n'existe pas habituellement quand il y a épanchement.

Lorsque les surfaces libres de la plèvre sont unies entre elles, dans une grande étendue, par de fausses membranes, si la portion restée saine s'enflamme, l'épanchement qui se forme est circonscrit par les vieilles adhérences ; dans ces pleurésies dites *partielles*, qui occupent des régions profondes, comme le médiastin, le diaphragme, la scissure inter-lobaire, l'auscultation ne donne que des signes négatifs ; elle indique l'absence du bruit respiratoire, et la respiration bronchique dans la pleurésie costo-pulmonaire.

Celles qui se forment si fréquemment chez les phthisiques sans qu'il y ait exhalation de sérosité, ne présentent que la diminution de respiration et quelquefois le bruit de frottement dans le point malade.

Il n'en est pas de même de celle que produit un tubercule en suppuration, qui se fait jour dans la cavité de la plèvre ; il en résulte une vive inflammation et une introduction d'air qui se manifeste par des phénomènes bien remarquables, s'il y a communication avec des rameaux bronchiques : presque toujours absence complète de respiration, production d'un bruit singulier, qui a été désigné sous le nom de *tintement métallique*, quand il ressemble à celui que rend un vase de métal dans lequel on laisse tomber un petit corps dur, ou à celui d'un verre que l'on frappe avec la pointe d'un épingle ; quelquefois il se produit un autre phénomène que *Laennec* a désigné sous le nom de *bourdonnement amphorique*, par analogie avec celui que l'on produit en soufflant dans une cruche.

La voix n'éprouve aucune altération dans la pleurésie sèche, ou lorsque l'épanchement est peu considérable : mais quand le liquide devient plus abondant, elle subit des changemens remarquables : elle

devient aigre, tremblottante, saccadée comme celle d'une chèvre : de là le nom d'*égophonie*. Lorsqu'il s'y joint de la bronchophonie, cette voix chevrottante offre des modifications qui la rapprochent de celle que produit un jeton placé entre les dents et les lèvres d'un homme qui parle, soit encore de cette espèce de bredouillement qui constitue le langage de Polichinelle.

Lorsque l'épanchement devient très-abondant, l'égophonie cesse tout à fait, pour reparaître de nouveau quand il diminue. La voix semble indiquer la partie supérieure de l'épanchement en nageant à sa surface, selon l'expression de *Laennec;* elle peut se rencontrer dans un espace plus ou moins étendu, ou ne pas s'entendre du tout, comme l'a prouvé M. *Reynaud*, selon la position que l'on donne au malade. Elle persiste plusieurs mois si la collection de liquide reste long-temps au même point ; mais elle est en général beaucoup plus sensible quand la maladie a marché rapidement.

L'égophonie de retour est beaucoup moins manifeste, et même ne se retrouve pas du tout dans les anciennes pleurésies aiguës, ni dans les pleurésies chroniques, dont l'épanchement se résout très-lentement.

Pleuro-pneumonie.

Les signes varieront, dans la pleuro-pneumonie, selon que l'épanchement sera considérable ou médiocre : dans le premier cas, on peut entendre encore la respiration dans quelques points, à la racine du poumon, et l'égophonie, à l'angle de l'omoplate ; dans le second cas, la pneumonie peut exister dans une portion de la poitrine, et l'épanchement dans une autre.

La résonnance offrira des changemens, selon les points de la poitrine que l'on explorera : ainsi, vis-à-vis le siége de la pneumonie, rien d'appréciable, si elle est au premier degré ; matité, si le poumon est hépatisé ; obscurité plus ou moins marquée dans le lieu où existe le liquide.

L'auscultation fera entendre le râle crépitant, si la pneumonie n'a

pas dépassé l'engouement ; la respiration bronchique et la bronchophonie, si elle est arrivée au deuxième degré ; la diminution du bruit respiratoire et l'égophonie indiqueront l'épanchement pleurétique.

Dans la pleuro-pneumonie, le râle crépitant et l'égophonie persistent jusqu'à la convalescence. De la réunion de l'égophonie et de la bronchophonie, si elles existent en même temps, naît la voix de Polichinelle bien marquée.

Phthisie.

La plupart des altérations pathologiques que présentent les poumons des phthisiques occasionent une exagération ou une diminution plus ou moins marquée dans la sonoréité des parois de la poitrine ; elles impriment à la respiration et à la voix des modifications qui nous indiquent le plus ordinairement et leur siége et leur nature.

Percussion. Pratiquée dans les premiers temps de la maladie, elle n'indique aucune différence notable dans la sonoréité de la poitrine ; il arrive même assez souvent qu'à l'autopsie des phthisiques on trouve un grand nombre de tubercules crus ou ramollis, sans que la percussion, du vivant de l'individu, ait dénoté des changemens sensibles dans la résonnance normale.

Lorsqu'il existe un grand nombre de granulations tuberculeuses, le son peut être plus clair que dans l'état ordinaire, et n'occuper qu'une petite étendue correspondant à la portion du poumon malade : il en est de même dans le cas de caverne vide : si elle contient à la fois des gaz et du liquide, et qu'elle communique facilement avec les bronches, on entend le teintement métallique ; se remplit-elle, ces signes disparaissent ; c'est dans le creux de l'aisselle et sous la clavicule, dans l'étendue de quatre ou cinq travers de doigts, que cette résonnance existe habituellement. La maigreur, chez un grand nombre de phthisiques, est une cause fréquente de sonoréité plus grande des parois

de la poitrine. S'il existe un côté plus clair que l'autre, à moins que la différence ne soit très-marquée, il est difficile de dire lequel n'est pas dans son état normal.

Auscultation. Au début de la maladie, l'auscultation ne peut faire soupçonner l'existence des tubercules, lorsqu'ils ne sont qu'en petit nombre ou qu'il n'y a encore que des granulations grises.

Chez certains malades, la respiration est faible sous les clavicules principalement; un seul côté présente des signes de tubercules, et l'autre paraît sain ; la diminution partielle du bruit respiratoire doit faire craindre la présence des tubercules ; d'autres fois, le murmure de la respiration peut augmenter d'intensité et conserver sa netteté dans la même région : c'est, dans quelques phthisies commençantes ou même déjà avancées, le seul signe d'une lésion profonde; à une période plus reculée de la maladie, on entend un retentissement de la voix, fréquemment un râle crépitant très-gros, semblable à celui que produit une semelle de cuir bien desséchée que l'on ploie; M. *Chomel* l'a désigné sous le nom de *craquement.*

Les phénomènes variés, produits par la voix, la respiration et la toux, allant en diminuant d'intensité du sommet vers la base du poumon, sont d'une grande valeur pour établir le diagnostic de la phthisie.

Le bruit de souffle indique une cavité vide ou à peu près, voisine de la périphérie du poumon, communiquant avec une grosse bronche ; quelques malades ne la présentent que par intervalle ; c'est la respiration caverneuse : elle ressemble au bruit que l'on produit en soufflant dans un vase fermé.

M. *Andral* pense qu'on peut rencontrer dans l'arbre bronchique tous les râles qui ont leur siége dans une excavation tuberculeuse. Le râle muqueux est assurément le plus fréquent ; il est formé par le passage de l'air à travers les mucosités accumulées dans les bronches ou par un tubercule ramolli dans une caverne : dans cette circonstance on le désigne principalement sous le nom de *gargouillement ;* il est

plus abondant, plus gros, et se produit dans un espace circonscrit ; il est plus marqué dans la toux.

La pectoriloquie nous dénote l'existence d'une caverne vide en totalité ou en partie, dans laquelle la voix retentit; elle n'a une grande valeur que lorsqu'elle est parfaite ; elle peut disparaître pour se montrer de nouveau quelque temps après.

Le tintement métallique et le bruit amphorique se rencontrent chez quelques phthisiques qui n'avaient offert encore aucun symptôme bien tranché. Enfin, quelques-uns meurent avec de nombreux tubercules, les uns en suppuration, et le malade n'avait présenté, même dans les derniers jours, que des râles muqueux plus ou moins marqués.

J'ai donné précédemment les caractères que fournissent la percussion et l'auscultation dans la pneumonie, la pleurésie, la pleuro-pneumonie et la phthisie : il me reste, pour compléter le diagnostic des principales maladies des organes respiratoires, à différencier quelques affections en général moins graves ou plus rares.

Les méthodes d'exploration qui donnent de si beaux résultats pour arriver à la connaissance des maladies précédentes, sont d'un faible secours dans l'hémoptysie, l'apoplexie pulmonaire et l'œdème.

La percussion n'indique rien dans l'hémoptysie, et dans l'œdème des deux poumons; quand un seul est affecté, la résonnance est un peu moindre ; le son est mat dans l'apoplexie pulmonaire, occupant un espace considérable.

Dans l'hémoptysie, l'auscultation fait entendre quelquefois du râle sous-crépitant, le plus ordinairement un râle muqueux très-gros ; du râle sous-crépitant dans l'œdème, de la crépitation et du souffle tubaire dans l'apoplexie pulmonaire : dans cette dernière affection le premier de ces bruits n'existe qu'au début.

La sonoréité des parois thoraciques est rarement altérée dans la bronchite aiguë ou chronique : des bruits très-variés, faciles à saisir, l'accompagnent presque toujours ; ils sont quelquefois assez forts pour masquer la respiration, qui, du reste, dans certains cas, est

très-faible et peut même manquer complètement. Quelques-uns appartiennent principalement à l'affection aiguë : ce sont les râles crépitant, sibilant, sonore et grave, le bruit que produit un coup d'archet sur une corde de violoncelle ; quand les bronches contiennent des mucosités, on entend un râle muqueux, sibilant, un bruit de soupape, un roucoulement semblable à celui de la tourterelle : le râle muqueux est le plus constant. Le gargouillement, le souffle caverneux, la pectoriloquie, etc., peuvent se rencontrer dans la bronchite ancienne.

Pneumothorax.

La sonoréité très-grande des parois de la poitrine, l'absence complète du bruit respiratoire, excepté à la racine du poumon, ne laissent aucun doute sur l'existence d'un épanchement d'air dans la cavité pleurale. Si dans quelques points le poumon était adhérent aux côtes, la résonnance serait à peu près la même que dans l'état normal, et la respiration s'y entendrait bien.

Lorsque la poitrine contient à la fois des gaz et des liquides, le son clair à la partie supérieure, la matité à la partie inférieure, le bruit humorique dans le point où existe l'air en contact avec l'épanchement et le tintement métallique feront distinguer l'hydro-pneumothorax, soit qu'il communique ou non avec les bronches : dans le premier cas, ce dernier signe est souvent rendu plus manifeste par la voix et la toux.

Emphysème.

Le son clair à la percussion, la disparition de la respiration dans la plus grande partie du côté affecté, la diminution très-marquée dans son intensité dans le lieu où elle s'entend, accompagnée par moment de râle sibilant ou de bruit de soupape, pourraient faire croire à un pneumothorax ; mais une crépitation sèche à grosses bulles, un bruit de frottement bien marqué, suffisent pour éviter l'erreur et déceler

la présence d'un emphysème. Les signes caractéristiques sont les mêmes pour l'emphysème vésiculaire et pour l'emphysème inter-lobulaire ; cependant, dans celui-ci, ils sont plus marqués et durent plus long-temps.

PROPOSITIONS.

I. Un calcul biliaire peut produire un obstacle au cours des matières fécales, et devenir une cause de mort.

II. Dans les maladies des yeux, le calomel est un purgatif très-utile.

III. L'excision de la conjonctive oculaire, la cautérisation de la conjonctive palpébrale par le nitrate d'argent, pratiquées au début de l'ophthalmie blennorrhagique, peuvent en arrêter la marche.

IV. L'oxyde d'antimoine est un médicament précieux dans la pneumonie.

V. Dans la chlorose, les préparations ferrugineuses sont quelquefois suivies d'un succès inespéré.

VI. Un kyste du cordon spermatique pourrait, dans certains cas, devenir une cause prédisposante à la hernie inguinale.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

II.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile : debilem verò, non facile. *Ibid.*, *aph.* 42.

III.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum periculosum, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

IV.

Hyeme verò pleuritides, peripneumoniæ, lethargi, gravedines, raucedines, tusses, dolores pectorum, et laterum, et lumborum, et capitis dolores, vertigines, apoplexiæ. *Sect.* 3, *aph.* 23.

V.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 3.

VI.

Nulla res magis adjuvat laborantem, quàm tempestiva, abstinentia. *Leb.*, *cap.* 2, *sect.* 8.